

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 146

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE CERTAINES FORMES

D'ABCÈS A STREPTOCOQUES

A LA SUITE DE LA GRIPPE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 juin 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS PALLUD

Licencié ès-sciences naturelles

Né à Clelles (Isère), le 31 juillet 1867



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 146

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE CERTAINES FORMES

D'ABCÈS A STREPTOCOQUES

A LA SUITE DE LA GRIPPE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 juin 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS PALLUD

Licencié ès-sciences naturelles

Né à Clelles (Isère), le 31 juillet 1867



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

1901



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.
CROLAS..... QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales.....		FOCHIER.
Physique médicale.....		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....	TEISSIER.	
Médecine opératoire.....	AUGAGNEUR.	
Médecine expérimentale et comparée.....	MAYET.	
Médecine légale.....	TRIPPIER.	
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).	
Thérapeutique.....	ARLOING.	
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.	
		COURMONT.
		SOUPLIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROILET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. J. COURMONT, Président ; M. ROUX, Assesseur ;
MM. BARRAL et COLLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

INTRODUCTION

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est pour nous un devoir très agréable que de présenter à nos maîtres respectés de l'Université de Grenoble l'expression de notre reconnaissance. Que le regretté professeur Carlet, que MM. Pruvot, Lachmann et Kilian, professeurs à la Faculté des Sciences, M. le directeur honoraire Berger, M. le directeur Bordier, MM. Allard, Girard, Porte et Perriol, professeurs à l'Ecole de Médecine de Grenoble, daignent accepter ici tous nos remerciements pour la sympathie qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

M. le professeur Jules Courmont, de l'Université de Lyon, a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. l'agrégé Vallas, en nous communiquant une très intéressante observation, prise dans le service

de M. Jossierand, nous a fourni les éléments principaux de notre travail.

M. l'agrégé Paul Courmont, dont les avis et la compétence toute spéciale ne nous ont jamais fait défaut, nous a été d'un puissant secours.

Qu'ils veuillent bien recevoir ici l'assurance de notre profonde gratitude.

M. le docteur Carrel-Billard, prosecteur, s'est mis à notre entière disposition pour les renseignements dont nous avons besoin ; M. Lesieur, interne des Hôpitaux, dans le but de favoriser notre travail, a consenti à retarder la publication de l'observation n° 1. Ils ont droit à notre reconnaissance, elle ne saurait leur faire défaut.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

C'est vers 1173, d'après Hirsch, que fut donnée la première relation détaillée d'une épidémie de grippe.

Depuis, chaque siècle a compté une ou plusieurs épidémies. De nombreux auteurs nous en ont laissé d'intéressantes relations, sous des appellations, différentes, il est vrai, mais le clinicien d'aujourd'hui reconnaît aisément que la coqueluche du XVI^e siècle n'est pas autre chose que la folette de Jussieu, devenue, plus tard, la grippe ou influenza.

Epidémique et contagieuse, elle suit à peu près toujours la même marche, elle va du nord au sud et de l'est à l'ouest.

Endémique dans les grandes villes de Russie,

comme nous l'apprend Teissier, elle arrive, sous des influences complexes, à gagner les pays voisins. On a successivement mis en cause : l'ozone, l'humidité de l'air, l'adultération des eaux fluviales, etc., etc.

Peu nous importe la cause ; la grippe existe bien, et nul, après la fameuse épidémie de 1889, ne songerait à prendre au sérieux l'opinion de Broussais : « Grippe, invention de gens sans le sou et de médecins sans clients qui, n'ayant rien de mieux à faire, se sont amusés à créer ce farfadet ».

Au point de vue clinique, on a décrit divers types essentiels.

Ils sont au nombre de trois : thoracique, gastro-intestinal et nerveux.

Le premier nous intéresse spécialement, car il semble que c'est avec lui que nous rencontrons de préférence les complications que nous nous proposons d'étudier, savoir : les suppurations d'origine streptococcique.

On a dit, avec raison, que la grippe n'était pas pyogène, mais qu'elle favorisait l'action des microbes qui font du pus.

Nombreuses, en effet, sont les suppurations grippales ou post-grippales,

Il semble que staphylocoques, pneumocoques, streptocoques acquièrent, grâce à elle, des propriétés virulentes nouvelles, ou bien encore que l'organisme, intoxiqué par le poison grippal, n'ait plus la force de lutter contre ses parasites.

L'épidémie de 1889-1890 a permis de constater, ainsi qu'il résulte des communications faites à la

Société Médicale des Hôpitaux, par MM. Netter, Chantemesse, Laverand, Vaillard et Vincent, que la plus grande partie des infections secondaires avait le streptocoque pour agent. Netter l'a rencontré plusieurs fois dans des broncho-pneumonies seul ou associé au pneumocoque. Il signale six cas d'otites suppurées, dont quatre étaient à streptocoques. De même, il l'a trouvé huit fois sur dix cas de pleurésies purulentes.

Enfin, MM. Jaccoud et Verneuil ont publié des observations qui montrent bien que le streptocoque se fait souvent l'agent des complications grippales, telles que méningites, otites, mastoïdites, parotidites, abcès périnéphrétiques, pyélites, cystites, phlébites, artérites, arthrites, etc., etc. Nous arrivons, enfin, aux abcès. Ces derniers peuvent occuper les diverses régions de l'organisme, être superficiels ou profonds. C'est sur l'étude des abcès du tissu cellulaire que nous porterons nos efforts.

Nous nous proposons, en effet, de décrire : 1^o une forme relativement bénigne de streptococcie post-grippale et nous présentons, à l'appui de notre thèse, trois observations. La première est due à l'obligeance de M. le professeur Vallas, la seconde est empruntée à la thèse de M. Paul Boucher, et la troisième, qui est de Reverdin, a paru dans la *Revue Médicale de la Suisse romande* en 1896, page 427.

Nous décrirons ensuite une forme plus grave, dans laquelle la localisation ne s'est pas faite seulement dans le tissu cellulaire, mais affectait certaines articulations.

Enfin, comme appendice, nous avons emprunté au *Lyon Médical* du 5 mai 1901 une observation d'abcès du cerveau à streptocoques, parue sous la signature du Dr Rigal, médecin principal chef de l'hôpital Villemanzy.

Toutefois nous ferons des réserves au sujet de ces deux dernières observations.

CHAPITRE II

Observations.

Cette question des abcès post-grippaux à streptocoques a été peu étudiée, aussi les documents font-ils défaut.

Cependant, lorsqu'on parcourt les quelques observations publiées, on voit généralement que des malades, sans antécédents qui puissent expliquer le défaut de résistance de leur organisme, ont été frappés de grippe. Celle-ci, ordinairement bénigne, se présente avec ses caractères habituels : toux, coryza, céphalalgie, courbatures. Elle guérit en partie, sans soins spéciaux ; quelquefois même, comme dans notre observation de la femme L : . . , la malade continue à vaquer à ses occupations, elle tousse et crache de

temps en temps, quand, tout-à-coup, apparaissent des douleurs dans les membres, l'état général s'aggrave, le fièvre s'allume, fièvre qui varie de 37°8 à 39°6. Elle est, ici comme ailleurs, le symptôme infectieux par excellence : le clinicien est averti. Bientôt les douleurs s'accroissent au point de rendre certains mouvements impossibles ; ce sont de vraies myalgies. D'autres fois ces douleurs affectent la forme du pseudo-rhumatisme infectieux, comme dans l'observation de Hanot, soit musculaire, soit articulaire et musculaire. A l'inspection du malade on trouve des régions douloureuses, enflammées où il y a du gonflement ; souvent on perçoit de la fluctuation : ce sont des abcès. Le chirurgien intervient et donne issue au pus, draine même ; mais, alors que la grippe, infection première, avait évolué rapidement, la suppuration continue ; quand on a ouvert un abcès au bras, il s'en fait un à la cuisse, puis à l'avant-bras ; d'autres prennent naissance dans le tissu cellulaire de la jambe. Et cela continue pendant un ou deux mois. L'état général est resté bon ou s'est amélioré ; la fièvre baisse chaque fois qu'une collection est vidée, elle augmente lorsqu'il se forme ailleurs un autre foyer de suppuration.

Enfin, après deux ou trois mois, arrive la guérison. Elle est ordinairement définitive, les pertes de substance n'existent plus, les membres ont repris leur fonctionnement normal, en un mot, le malade est définitivement rétabli.

OBSERVATION I

(Inédite.)

L..., Philomène, 37 ans, domestique, née à Cours (Rhône).

Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 14, le 23 mars 1901, dans le service de M. Josserand, passe, le 4 avril, dans celui de M. Vallas. Cette femme entre pour des phénomènes inflammatoires musculaires et cutanés développés, depuis huit jours, dans l'avant-bras droit et la cuisse droite, à la suite d'une grippe survenue il y a un mois.

On ne trouve rien à signaler dans les antécédents héréditaires. La santé habituelle est excellente, elle n'a pas eu d'autre maladie sérieuse antérieurement, si ce n'est une légère attaque de rhumatisme il y a deux ans. Elle offre les signes de l'éthylisme.

Il y a huit mois, la malade soignait des personnes atteintes de grippe.

Elle fut prise, il y a un mois, brusquement, de céphalalgie avec des courbatures; elle eut un coryza à écoulement abondant et se mit à tousser et à cracher. Elle n'interrompit son travail que trois ou quatre jours, se remit en partie, mais incomplètement; elle continua à tousser et à cracher.

Le 16 mars, elle présenta de nouveau des symptômes de grippe; c'est-à-dire de la céphalée, du coryza, etc., etc.

Le 19 mars, assez brusquement, elle ressentit, à l'occasion de la marche, des douleurs vives dans les masses musculaires de la cuisse droite et, à l'occasion des mouvements du bras, des douleurs analogues, moins fortes à l'avant-bras.

Bientôt apparurent, dans ces régions, un peu d'œdème, de la rougeur et de la tuméfaction. Les douleurs augmentèrent, la marche devint impossible, pendant qu'apparaissaient des symptômes fébriles : céphalalgie, frissonnements, soif vive.

A son entrée dans le service, la marche est impossible; tous les mouvements du membre inférieur droit sont très doulou-

reux; la cuisse est légèrement fléchie, en abduction; la jambe est fléchie sur la cuisse.

Le poids des couvertures lui-même est mal supporté.

A l'examen on constate : sur la face externe de la cuisse droite, vers le tiers moyen, sur la face externe de la jambe droite, vers le tiers supérieur, dans la loge antérieure, sur la face externe de l'avant-bras droit, des régions douloureuses où existe une plaque œdémateuse allongée suivant l'axe du membre et large de deux à trois doigts.

A ce niveau, la pression est extrêmement douloureuse, mais il n'y a ni douleur osseuse, ni douleur musculaire. La simple mobilisation du membre est très douloureuse, de même que toute contraction musculaire. La rougeur disparaît par la pression pour se reproduire aussitôt; on ne constate ni bourrelet, ni engorgement ganglionnaire.

L'auscultation montre un cœur intact; le pouls est à 100 pulsations par minute.

Aux poumons on entend quelques sibilances; il y a un peu de toux et quelques crachats. La langue est saburrale. Quelques vésicules d'herpès commencent à apparaître sur les lèvres.

Le foie est un peu gros; la matité de la rate s'étend de trois travers de doigts.

Les urines présentent de faibles traces d'albumine.

Le 24 mars, la langue est meilleure, le pouls est toujours à 100 pulsations par minute, la température est à 39°.

On constate une nouvelle plaque d'œdème vers le tiers inférieur du bras droit; cette plaque est rouge, chaude, d'aspect pseudo-phlegmoneux, un peu surélevée, toutefois sans bourrelet érysipélateux. Tout mouvement spontané est empêché par la douleur.

Cette nuit, la malade a eu du délire et une abondante diarrhée qui s'est traduite par dix selles.

Ses conjonctives présentent une teinte subictérique.

Le 25 mars, la langue est humide, la matité splénique a disparu, la diarrhée a diminué, il n'y a eu qu'une selle cette nuit. Elle présente encore un peu de délire nocturne. On perçoit, aux deux bases, des râles muqueux. Les urines, moins foncées, ont encore des traces d'albumine.

Le 27 mars, le point fluctuant de la jambe a disparu.

Le 30 mars, on trouve des collections fluctuantes à la face externe de l'avant-bras et de la jambe droite. On pratique les incisions nécessaires qui donnent issue à du pus louable et permettent de constater un décollement tout autour.

On draine avec de la gaze.

Le 1^{er} avril, apparaît, à l'avant-bras gauche, une nouvelle tuméfaction, dure, sans rougeur, mais douloureuse.

Le 3 avril, la malade est transportée dans le service de M. Vallas.

Le 4 avril, l'état général est assez bon. La malade porte un pansement à l'avant-bras et au mollet droits. Lorsqu'on a enlevé les pansements, on constate, à chacun de ces points, une petite incision par laquelle une pression périphérique fait sortir en abondance un pus jaune, très lié, non grumeleux, légèrement strié de sang; les douleurs ont beaucoup diminué dans ces points; la malade peut facilement bouger ses membres du côté droit; il n'y a ni rougeur, ni œdème autour des incisions.

On constate encore un volumineux abcès de la cuisse droite, à la partie supérieure de la face externe. Il y a une tuméfaction très fluctuante; le pus est sous la peau, mais la palpation profonde fait reconnaître des décollements assez étendus, fluctuants au-dessus et au-dessous de cette tuméfaction principale.

L'avant-bras gauche, au niveau du tiers moyen de sa face externe présente une tuméfaction assez dure, extrêmement douloureuse à la palpation, mais présentant une fluctuation nette quoique profonde; l'abcès semble être au voisinage immédiat du cubitus.

La jambe gauche présente une tuméfaction analogue au niveau de la partie supérieure de la loge antéro-externe. Très douloureuse, cette tuméfaction donne aussi nettement de la fluctuation. Il faut noter qu'au niveau de ces deux points on ne constate aucune rougeur superficielle, mais de l'œdème et une douleur extrême à la moindre palpation. Le 5 avril on pratique l'anesthésie à l'éther puis on fait :

1^o Sur la jambe droite deux incisions cutanées, l'une de

quatre à cinq centimètres, l'autre de deux centimètres sur la face externe du tiers de la jambe, exactement en avant du péroné. Il se fait un écoulement abondant de pus jaune, bien lié, inodore, visqueux. On met un drain qui va d'une incision à l'autre.

2^o Sur la cuisse droite, une longue incision de dix centimètres à la partie moyenne de la face externe. Il en sort près d'un demi-litre de pus analogue à celui de la jambe, mais strié de sang.

On constate de larges décollements sous-cutanés qui nécessitent trois autres incisions, l'une au niveau du trochanter, l'autre au niveau du condyle externe, la dernière en arrière de la première. On place deux gros drains qui vont de la deuxième à la quatrième et de la troisième à la première incision.

3^o Sur l'avant-bras droit on fait une petite incision qui amène un peu de pus et laisse constater un faible décollement. On place un drain qui va de cette dernière incision à une incision plus antérieure.

4^o Sur la jambe gauche une incision cutanée longitudinale est pratiquée à la partie moyenne de la région antéro-externe, vers le tiers supérieur du segment. C'est l'abcès le plus récent ; on ne rencontre pas de pus sous la peau. On incise l'aponévrose, on décolle les muscles avec le doigt et bientôt s'écoule un demi-verre de pus très lié, visqueux, de couleur rougeâtre, presque violette.

On fait une deuxième incision à la partie supérieure de l'espace ; on draine de l'une à l'autre.

Sur l'avant-bras gauche le pus est aussi sous-cutané, mais en grande quantité. Il est jaune, rouge, filant, glaireux, comme pour les autres abcès. Un point du périoste du cubitus est dénudé vers sa partie moyenne.

On fait deux incisions et on draine. Après un abondant lavage à l'eau bouillie, on panse.

Le 6 avril, on incise un petit abcès qui siège à la face externe du bras droit, vers le tiers inférieur ; on met un petit drain debout. Cet abcès, qui existait depuis longtemps, avait été oublié hier. On ne constate ni douleur, ni rougeur à son niveau.

L'état général est bon.

Le 15 avril, la malade annonce un peu de douleur vers la partie supérieure de la face postérieure du bras gauche; c'était le seul segment du membre qui fût resté indemne jusque là.

A ce niveau on constate une tuméfaction profonde, dure, douloureuse à la pression. Il n'y a pas de fluctuation.

Le 17 avril, la malade a eu, ces derniers jours, un peu de fièvre.

La tuméfaction du bras gauche persiste, profonde; elle semble siéger dans la partie supérieure du muscle triceps. Il n'y a pas de fluctuation, mais seulement un certain degré de ramollissement par rapport aux jours précédents.

Le 26 avril, la malade souffrait depuis quelques jours dans l'avant-bras droit, et ne pouvait mobiliser les doigts de la main droite. Il y avait de l'œdème sur la face antérieure de l'avant-bras. Ce jour même on incisait l'abcès de la face postérieure du bras gauche, qui était devenu fluctuant. Le pus était situé assez superficiellement. On draina.

Lorsqu'on incisa l'avant-bras droit, qui présentait de l'œdème, de la rougeur et une fluctuation très profonde sous-musculaire, il fallut traverser la couche saine des fléchisseurs superficiels pour amener un pus rougeâtre.

Le 29 avril, l'examen bactériologique du pus montra qu'on avait affaire à du streptocoque pur.

L'état général est redevenu bon; la température a baissé.

Le 12 juin, la malade est encore en traitement; son état général est bon.

FEUILLE DES TEMPÉRATURES

	Matin	Soir
17 avril.....	37° 8	38° 4
18 —	37° 9	38° 3
19 —	37° 7	38° 6
20 —	38° 7	39°
21 —	38° 4	39° 3
22 —	38° 4	39° 4

	Matin	S
23 avril.....	39°	39°
24 —	38°	39° 4
25 —	37° 9	39° 3
26 —	37° 8	38°
27 —	37° 6	38°
28 —	37° 5	39° 2
29 —	37° 8	38° 2
30 —	37° 6	39°
1 mai	39° 1	39° 9
2 —	39° 8	
3 —		

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

M. le professeur agrégé Vallas envoie, le 5 avril, au laboratoire du professeur Arloing, du pus qui provient d'un abcès de notre malade. Le 18 avril, M. Lesieur transmet la réponse suivante :

1° L'examen direct du pus a permis de constater, dans les trois pipettes, des cocci groupés en chaînettes qui prenaient le Gram.

2° *a*). La culture en bouillon a fourni les résultats suivants : Dans les trois ballons ensemencés avec chacune des trois pipettes, on observait des végétations qui poussaient en grumeaux; l'examen microscopique montrait qu'on avait affaire à une culture pure de cocci groupés en chaînettes qui prenaient le Gram.

b). La culture sur agar a donné des colonies blanchâtres, peu abondantes.

c). La culture sur gélatine donne à la température du laboratoire, une végétation nulle; elle est maigre à l'étuve à + 22°. Il n'y a pas de liquéfaction.

3° *a*). L'inoculation de 3 centimètres cubes de culture en bouillon, âgée de 24 heures, sous la peau de l'oreille d'un lapin, le fait mourir en onze jours sans érysipèle, on constate seulement quelques petits abcès du foie.

b). L'inoculation de 3 centimètres cubes de culture en bouillon

de 24 heures, dans la veine de l'oreille d'un lapin, le fait mourir en cinq jours, sans lésions notables.

Il s'agit, en somme, d'après tous ces caractères, de streptocoques pyogènes de faible virulence.

En résumé, l'observation L... est très intéressante, car le diagnostic de grippe antérieure suivie d'abcès à streptocoques est fermement établi et indiscutable. Indépendamment des signes cliniques de la grippe : coryza, céphalée, toux, expectoration, courbatures, le contagion existe. En effet, notre malade a soigné, dit-elle, des personnes qui avaient la grippe. C'est après leur avoir servi de garde-malade qu'elle-même a été atteinte, légèrement, il est vrai, au début, puisqu'elle a continué à vaquer à ses occupations, mais il s'est fait une rechûte. Jusqu'à ce moment cette grippe, banale, n'offre pour nous qu'un intérêt médiocre, mais voici qu'elle se complique. Cette complication est même très curieuse, on pourrait dire qu'elle est rare, du moins les observations n'abondent pas d'accès post-grippaux du tissu cellulaire à streptocoques.

Les abcès exclusivement localisés au tissu cellulaire des membres ont eu les signes habituels des abcès chauds : douleur, rougeur, chaleur, gonflement de la région. Ils ont affecté :

1^o La cuisse droite.

La jambe.

L'avant-bras.

2^o Le bras droit.

L'avant-bras gauche.

La jambe gauche.

On a incisé et drainé ces foyers, on a recueilli du pus.

L'examen qui en a été fait, au laboratoire de M. le professeur Arloing, a montré que nous avions affaire à des streptocoques de faible virulence, ainsi qu'il résulte du compte rendu annexé à l'observation.

L'état général est resté relativement bon. Actuellement, la malade est en pleine convalescence, après trois mois et demi de traitement dans la salle Saint-Paul de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

OBSERVATION II

(In thèse Paul BOUCHER, Paris, 1897.)

H. . ., Louis, 55 ans, manœuvre, entre à l'hôpital de la Pitié, le 22 février 1897, dans le service du Dr Duflocq, pour une grippe ordinaire.

Bien portant ordinairement, cet homme a été pris, il y a une semaine environ, de céphalalgie avec coryza et catarrhe des muqueuses supérieures, en particulier d'un peu de pharyngite; puis il a commencé à tousser. Il a eu ainsi des signes de bronchite généralisée, avec, à la partie moyenne du poumon gauche, tous les signes d'un foyer de congestion : matité incomplète, exagération des vibrations thoraciques, souffle tubaire et râles crépitants, avec de la bronchophonie.

Ce foyer disparut en trois jours environ. La température, qui avait atteint 39°5, était revenue à la normale et le malade était considéré comme entrant franchement en convalescence, lorsque, le 1^{er} mars, apparut une douleur violente dans la région rétro-olécraniennne, avec de la rougeur, du gonflement et de la

fièvre. La rougeur et le gonflement imposent le diagnostic d'hygroma de la bourse séreuse olécranienne. Aucune cause locale n'a été constatée qui pût permettre d'incriminer une excoriation de voisinage, ou une infection par la voie lymphatique. Dans ce pus on a trouvé du streptocoque pur.

Des pansements humides boriqués, des bains de bras et l'incision de l'abcès collecté auraient amené une guérison rapide, et cette guérison, localement, ne tarda pas ; mais, quelques jours après les débuts de ces phénomènes inflammatoires, des accidents analogues se montrèrent dans la région interne de la cuisse gauche, au-dessus du condyle. Un abcès chaud, dans le tissu cellulaire sous-cutané, au-dessus de l'aponévrose, se développa rapidement, s'accompagnant de douleurs vives, de rougeur diffuse et de gonflement. En même temps, la température s'élevait comme précédemment. Le même traitement aboutit au même résultat. Dans le pus, phlegmoneux et louable, nous avons encore trouvé du *streptocoque en culture pure*.

Le malade eut encore, le 18 mars, un troisième abcès dans l'aisselle droite, mais celui-là presque sans réaction locale ou générale ; il eut les caractères des abcès tubéreux de Velpeau. Un coup de bistouri en eut facilement raison, avec les pansements iodoformés ordinaires.

Le pus ne renfermait encore que des streptocoques.

En résumé, chez ce malade, nous avons eu affaire à des abcès superficiels, multiples, consécutifs à la grippe. Le diagnostic de grippe semble indiscutable et, d'ailleurs fut celui de tous les médecins qui l'examinèrent. L'infection secondaire fut le résultat de l'infection par le streptocoque, cette infection ne semble pas avoir été « exogène » pour employer le mot du professeur Leloir.

Cette observation, de Paul Boucher, rentre tout à fait dans notre cas.

Le malade a eu la grippe, on ne saurait en douter, car les symptômes grippaux sont très nets : céphalalgie, coryza, catarrhe des muqueuses, oculaire, nasale et du pharynx ; il a toussé et craché, il a eu

de la bronchite généralisée ; son poumon gauche a même présenté un foyer de congestion avec tous les signes fugaces qu'offre la grippe ; ils ont disparu très rapidement. La fièvre, qui était de 39°5, a cessé en partie ; la convalescence semblait proche lorsque, comme dans notre première observation, de la douleur, de la rougeur, du gonflement ont apparu sans qu'une effraction extérieure apparente se soit produite pour ouvrir la porte à une infection nouvelle. Un abcès avait, cependant, pris naissance dans la bourse séreuse olécranienne.

On fit le traitement habituel : incision, pansements antiseptiques qui, bientôt, amena la guérison de cet abcès à streptocoques ; mais, peu après, la cuisse gauche, dans la région du condyle interne, devenait le siège d'un autre abcès, qui s'accompagnait des mêmes signes : douleur, rougeur, chaleur et gonflement. Les symptômes généraux se montraient les mêmes également. On incisa, la guérison suivit, non sans qu'un troisième abcès n'ait apparu dans l'aisselle. Tous ces abcès, comme dans le cas de la femme L... contenaient du streptocoque.

Boucher ne nous dit pas quelle était la virulence de ce streptocoque, son analyse bactériologique n'est pas aussi complète que celle donnée par le laboratoire du professeur Arloing, mais il y a tout lieu de supposer que, dans ce cas, nous avons des streptocoques à virulence très atténuée.

Le malade a guéri, après un mois et demi environ de traitement.

OBSERVATION III.

REVERDIN (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 1890, p. 427.)

ABCÈS MULTIPLES CONSÉCUTIFS A LA GRIPPE.

Ch..., Henri, 18 ans, à Lancy.

Le 16 mai 1895, je vais en consultation à Lancy avec le Dr Rafin, voir un jeune homme atteint d'abcès multiples, consécutifs à la grippe. La maladie a débuté, à la fin de janvier, par un rhume qui n'a pas obligé le malade à garder le lit, mais qui s'accompagnait d'une grande fatigue, d'abattement et de courbature. Il a pu continuer, cependant, à se rendre quelque temps à l'Ecole de Commerce, mais il a été obligé d'interrompre ses études, à cause de la grande fatigue de tête qu'il éprouvait, ainsi que des points qu'il ressentait à la poitrine et au dos.

Il y a, maintenant, trois semaines qu'ont apparu des douleurs au bras gauche, celui-ci s'est peu à peu fléchi, sans qu'il eût de la fièvre, nous dit le malade. Huit jours plus tard, les douleurs survinrent au côté gauche, et celles-ci s'irradiaient jusque dans le mollet.

Actuellement, le malade a de la fièvre, il a le faciès souffrant et inquiet, il est, du reste, très craintif. Je trouve, au-dessous du mamelon gauche, une tumeur arrondie de 4 à 5 centimètres de diamètre, douloureuse, fluctuante; la peau qui recouvre sa partie culminante est rouge. L'avant-bras gauche est fléchi à angle droit et on ne peut l'étendre; sa face interne est fortement tuméfiée dans plus du tiers de la longueur du membre; la tuméfaction occupe également la partie inférieure du bras; rougeur inflammatoire diffuse, fluctuation évidente.

Enfin, à la partie supérieure de la fesse gauche, tuméfaction présentant les mêmes caractères, rougeur moins vive et fluctuation plus profonde.

Il n'y a plus de doute, il s'agit de vrais abcès ; les deux derniers présentent les caractères d'abcès chauds, celui de la poitrine ressemblerait plus aux abcès froids par sa forme discoïde ; l'abcès du bras paraît s'être développé dans le muscle biceps ; le Dr Rafin s'est posé la question de la morve, mais il n'y en a aucun cas connu, et le malade n'a pas été en contact avec des chevaux.

En tout cas l'incision s'impose, mais, l'anesthésie me paraissant nécessaire, on remet l'intervention au lendemain.

17 mars. — Anesthésie par l'éther. Incision simple de l'abcès pectoral, issue de pus mêlé de sang et de caillots, lavage, un drain.

Incision de l'abcès de la fesse ; le pus de même apparence, mêlé de sang et de caillots, est collecté sous le grand fessier que l'on traverse avec le bout d'une pince fermée ; l'ouverture est ensuite agrandie avec le dilateur de Tripier. On y place un drain.

Incision de l'abcès du bras à sa face interne ; même pus ; l'abcès est situé sous le biceps, entre celui-ci et le brachial antérieur. Il contient plus d'un grand verre de pus et s'étend au-delà de la partie moyenne du bras et, d'autre part, jusqu'à la face externe du membre ; en conséquence je fais une contre-ouverture en dehors et place un drain de part en part. Pansement : gaze et ouate stérilisées et imbibées de sublimé à 1/1000. Imperméable et bande.

La fièvre, qui existait encore, mais faible, le lendemain, tombe bientôt ; la rougeur de la peau disparaît, le pus reste rosé, surtout au bras ; le 22 je retire une partie du drain du bras qui ne sort plus que par l'incision interne ; il est enlevé définitivement le 28 ; celui de la fesse est raccourci le 28 ; le 30 il est tombé de lui-même.

Le 30 la plaie pectorale est fermée depuis plusieurs jours, les autres sont réduites à de petites plaies superficielles.

Tout va donc pour le mieux de ce côté ; mais l'appétit, qui était revenu, a de nouveau disparu ; le malade, très constipé, et auquel j'avais prescrit de la crème de tartre (il avait rendu un peu de sang avec des matières très dures), se plaint d'une douleur dans la région lombaire droite ; la région du cœcum et de l'appendice n'est pas sensible, il a rendu un peu de gaz et une petite selle ; il n'y a pas de ballonnement ; 35° 9, le matin. Pouls ; 100

1^{er} avril. — Pouls encore rapide, 37° 2, au matin ; douleurs moindres, localisées dans la fosse lombaire droite ; on n'y sent pas de tuméfaction ; appétit presque nul ; langue assez bonne ; il y a eu des selles spontanées, abondantes. Les plaies sont réduites à de très petites surface de niveau.

3 avril. — Rien de nouveau ; la douleur lombaire persiste, mais on ne sent toujours rien de net ; vu le siège de la douleur, c'est un abcès péri-néphrétique qui l'est à craindre. Je pars en vacances ; le Dr Rafin suit le malade.

Après mon retour il me fait savoir que le thermomètre, qui était monté, le 3, à 38°7, le 4 à 38°8, est redescendu, le 5, à la normale, en même temps que la douleur s'atténuait ; puis, à partir du 15, il s'est, de nouveau, un peu élevé de 37°9 à 38°7, au maximum jusqu'au 24 ; la température redevient alors normale ; la douleur lombaire n'a pas reparu ; il y a, en général, de la constipation que l'on combat par des lavements ; pas de céphalalgie, quelques épistaxis peu abondantes, appétit conservé, mais médiocre ; pas de toux.

Je vois moi-même le malade, le 2 mai ; pas de fièvre, parle bas, langue un peu blanche, faciès bon, amaigrissement peu marqué. Le Dr Rafin a prescrit des lavements quotidiens avec un gramme de créosote. En somme, rien de localisé, probablement convalescence de grippe.

Les abcès sont bien guéris, les mouvements d'extension du bras, sans être normaux, sont beaucoup plus étendus.

Depuis lors, les douleurs de la région lombaire droite ont persisté, mais en s'atténuant graduellement, jusqu'à la fin de juin où elles ont complètement disparu pour ne plus se reproduire ; tout ce temps, il y a eu également un léger mouvement fébrile qui a cessé avec les douleurs ; cette disparition n'a été accompagnée d'aucune évacuation de pus, il n'en a jamais été observé, pas plus que de sang, dans les urines ou dans les selles.

Le malade a commencé à reprendre ses occupations au mois de juillet 1895 et, depuis lors, sa santé n'a rien laissé à désirer, sauf quelques douleurs de ventre avec diarrhée, en février et mars 1896.

Je l'examine au mois de juin 1896 : les mouvements de

l'avant-bras gauche ont repris toute leur amplitude et toute leur liberté. La santé générale est bonne.

Au moment de l'ouverture des abcès, du pus avait été prélevé et remis à M. Massol, qui a bien voulu en faire l'examen bactériologique. De nombreuses préparations ont été faites ainsi que des cultures, et l'on n'y a rencontré que le streptocoque pyogène.

En résumé, notre malade a présenté, fin janvier, un rhume, avec de la céphalalgie et une courbature accompagnée de fatigue dans tout le corps. On a fait, sur ces signes, le diagnostic de grippe ; peut-être ne nous permettraient-ils point d'en dire autant à nous qui jugeons rétrospectivement. On ne nous apprend pas, en effet, comme dans l'observation de la fille L., d'où venait le contagé. Le malade a essayé de résister, la grippe a paru s'amender, quand, dans le mois de mars, des douleurs ont apparu dans le bras gauche, qui a pris une attitude particulière, les douleurs ont gagné le côté gauche de la poitrine et la fesse. Alors les symptômes généraux, tels que la fièvre et le faciès terreux et souffrant, ont été accompagnés des symptômes locaux habituels : tumeur, douleur, rougeur, la fluctuation était très nette.

On a incisé, aussitôt on a amené un pus louable qui contenait du streptocoque ; la fièvre a diminué, la rougeur de la peau a disparu, l'appétit, qui était nul, est revenu, l'état général s'est amélioré.

Tout allait bien, quand une douleur assez violente, localisée à la région des lombes, a ramené une légère fièvre, l'appétit a diminué. On a vainement cherché

les signes d'une collection, elle ne s'est point faite, il n'y a pas eu de pus.

Enfin, cette douleur lombaire a disparu, en juillet le malade a pu reprendre ses occupations. Les membres qui avaient été le siège d'abcès ont recouvré leurs mouvements. La santé générale est redevenue bonne.

Nous pouvons donc dire que, dans ce troisième cas, il y a eu une infection plus considérable. On ne nous apprend pas, malheureusement, quelle était la virulence des streptocoques trouvés dans le pus, mais nous pouvons penser que le malade offrait moins de résistance que nos malades précédents. Il a dû lutter plus longtemps pour se débarrasser de cette infection secondaire, mais il y est parvenu.

Ce cas semble l'intermédiaire naturel qui nous servira de transition avec la seconde forme de streptococcie post-grippale pour laquelle nous donnons une quatrième observation.

OBSERVATION IV

(HANOT : *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*.)

GRIPPE A FORME TYPHOÏDE. — DÉTERMINATIONS ARTICULAIRES.
— PSEUDO-RHUMATISME INFECTIEUX. — SUPPURATION DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE GAUCHE. — IRRUPTION DU PUS DANS LA GAÏNE DES MUSCLES GRAND PECTORAL ET DELTOÏDE. — VASTE ABCÈS DE LA RÉGION SACRÉE ET FESSIÈRE. — STREPTOCOQUE DANS LE PUS DES ABCÈS. — GUÉRISON.

Un jeune homme de 25 ans, F... Léon, homme d'équipe à la Compagnie P.-L.-M., entre dans le service, salle Magendie, à l'hôpital Saint-Antoine, le 9 mai 1893, malade déjà depuis treize jours.

Il est fils d'un alcoolique, mort à 46 ans, d'une maladie de foie. Sa mère est morte, également encore jeune, d'une affection indéterminée.

Lui-même, d'une bonne santé habituellement, n'accuse aucune maladie antérieure.

Voici treize jours qu'il est alité. Il a été pris, au début, d'un grand frisson accompagné d'une céphalalgie très intense et de douleurs lombaires; il a pu rester debout. En même temps, il avait mal à la gorge et du coryza. Puis sont venus des vomissements et des épistaxis. La céphalalgie, les douleurs lombaires et une fièvre intense ont duré depuis le début; le soir, le malade transpire abondamment; il délire la nuit. A son entrée nous constatons, avec une prostration extrême, un certain degré d'agitation et d'inquiétude, un état ataxo-adyynamique.

La face est rouge, vultueuse, couverte de sueurs. La langue est peu humide, blanche au centre et rouge sur les bords. Pas de tâches rosées, pas de diarrhée, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Tout l'abdomen est douloureux à la moindre pression et même spontanément, c'est de la véritable myalgie. Les douleurs musculaires des lombes, et aussi des membres, persistent depuis le commencement.

Le malade a des nausées fréquentes, il ne vomit pas. Il ne tousse, ni ne crache. L'auscultation de la poitrine est à peu près normale. Tout au plus y a-t-il une légère submatité en avant sur la clavicule gauche et la respiration y est-elle diminuée. L'inspiration est un peu rude, l'expiration légèrement soufflante.

F... n'a, d'ailleurs, jamais toussé, n'a pas eu d'hémoptysies, et jouissait d'une santé parfaite avant sa maladie actuelle.

Le cœur est normal, sauf l'accélération. Le pouls bat 146 fois par minute; il est plein, assez bien frappé, quoique très rapide. La percussion de la région hépatique, bien qu'elle soit difficile en raison de la douleur des parois abdominales, accuse de la sonorité immédiatement au-dessous du rebord costal; le foie n'est donc pas augmenté de volume. Mais les urines, rares et fortement colorées, contiennent de l'urobiline; il n'y a pas d'albumine. La rate est inappréciable à la percussion. La température, le soir de l'entrée, est à 41°. Potion de Todd, un gramme de sulfate de quinine. Le lendemain, 10 mai, elle n'est, au matin, que de 39°5; le soir elle s'abaisse à 36°4. A ce moment, le malade est littéralement baigné de sueur.

Le 11. — Au matin, le thermomètre remonte à 40°6, pour redescendre, le soir, à 37°2 au milieu d'une crise sudorale.

Le 12. — L'ascension se produit aussi le matin à 39°4; mais le soir la rémission est moins prononcée : 38°.

Le 13. — Enfin, l'inversion de la température cesse et le chiffre du soir est plus élevé que celui du matin. Le malade est prostré, il a beaucoup maigri depuis le début de sa maladie, mais surtout depuis quatre jours qu'il est dans le service. Décubitus absolument dorsal, bouche sèche, soif vive; les nausées n'ont pas reparu.

Même auscultation thoracique.

Du 14 au 20. — Même état général, les douleurs musculaires sont restées presque aussi vives, avec des rémissions. Cependant, la température se montre très régulière entre 38° et 40°.

se tenant à ce chiffre le matin et le soir d'un même jour, ne dépassant pas d'autres fois 38° pendant une journée.

Le 20 mai. — Le malade accuse des douleurs dans tous les membres; la palpation les montre siégeant dans les masses musculaires et tendineuses. Les articulations elles-mêmes paraissent intéressées.

Les jours suivants, ces douleurs deviennent plus intenses; le malade ne fait pas un mouvement, il appréhende le moindre contact.

Le simple fait de le soulever pour recevoir le bassin lui arrache des plaintes; à plus forte raison, est-il impossible de le faire asseoir pour l'ausculter, bien qu'une dyspnée assez prononcée (42 inspirations par minute) appelle l'attention du côté de l'appareil respiratoire; cependant il ne crache pas et l'auscultation d'avant ne révèle aucun signe stéthoscopique inquiétant. A partir du 24, la courbe thermique devient régulière à oscillation de deux degrés environ, avec exacerbation vespérale.

Le 28, le malade demande à manger. Il est cependant très faible, très abattu, très amaigri; sa face a une teinte terreuse, septicémique. Les urines ne contiennent pas d'albumine et sont à peine teintées d'urobiline. Les douleurs des membres sont un peu moins vives et laissent quelque repos au malade; le moindre attouchement les réveille; néanmoins, on peut plus facilement changer sa chemise.

Le 31 mai, le 1^{er} et le 2 juin, la température baisse un peu, un soir même il n'a que 37° 4, mais les grandes oscillations reprennent.

Le 7 juin, en changeant le malade, on constate que l'épaule gauche est tuméfiée. Les douleurs générales sont devenues bien moins intenses, mais le malade prie qu'on ne le dérange point pour l'ausculter. Il n'a, d'ailleurs, ni toux ni expectoration.

Les choses restent en cet état jusqu'au 11 juin au matin. F... mange même légèrement. Le 11 au matin, nous trouvons, au niveau de l'épaule un volumineux abcès à fluctuation très nette. Cet abcès occupe exactement la gaine du muscle grand pectoral et celle du deltoïde, formant ainsi deux grandes poches que sépare une dépression médiane sur une ligne verticale

allant du tiers interne de la clavicule à l'aisselle ; les deux poches communiquent, et la fluctuation se transmet de l'une à l'autre. Un troisième abcès, plus petit, siège au-dessus de la clavicule ; à son niveau la peau est déjà rouge et luisante.

On pratique trois incisions, l'une à la partie déclive de la poche du grand pectoral, dans le sens des fibres de ce muscle, sensiblement horizontale par conséquent, l'autre à la partie déclive de la poche du deltoïde, verticale, une troisième parallèlement à la clavicule, sur l'abcès supérieur.

Des flots de pus, un litre au moins, s'échappent par les deux premiers orifices, et la tumeur s'affaisse rapidement ; l'abcès supérieur était de bien moindre importance. C'est un pus bien lié, homogène, jaune verdâtre. On place un drain dans chaque incision et, après un lavage abondant à l'eau phéniquée, on fait un pansement.

Le soir, la température monte encore à 39° 4, et à 38° 4 le lendemain soir.

Le 13 au soir, elle s'élève à 40°.

Le 14, le malade qui, depuis le début de sa maladie, avait demandé un coussin sous le siège, parce que la pression du lit était douloureuse, dit que, depuis deux ou trois jours, il ressent des élancements de ce côté. L'examen de la région montre encore un abcès qu'on incise aussitôt, et qui donne un litre de pus semblable à celui de l'épaule.

Ici le décollement est aussi très étendu et remonte du côté gauche sous la peau de la fesse jusque non loin de la crête iliaque. Bain et pansement. Le soir, le thermomètre ne dépasse pas 38°.

Le 15 au matin, chute à 36° 6 et, à partir de ce jour, sauf une ascension accidentelle, le matin du 19, à l'occasion de la visite de ses parents, et deux légères élévations au-dessus de 38°, l'apyrexie est définitive.

Le 16 juin, pourtant, l'oreille gauche suppure abondamment ; le malade raconte qu'il a eu, à plusieurs reprises déjà et en dehors de tout état fébrile, un léger écoulement purulent de ce côté où l'ouïe a été un peu défectueuse.

Deux jours après, l'écoulement avait beaucoup diminué.

Aujourd'hui, 21 juin, l'oreille est tout à fait guérie, l'abcès

de l'épaule est complètement tari, les incisions cicatrisées. L'abcès du siège, seul, bien que ne donnant plus de pus au lavage, n'est pas complètement fermé. Il reste encore un décollement de trois ou quatre centimètres autour de l'incision, mais celle-ci bourgeonne et nous considérons le malade comme devant être prochainement tout à fait rétabli. Son état général s'est, d'ailleurs, relevé d'une façon remarquable, il mange depuis plus d'un mois de fort bon appétit et, s'il ne s'est pas encore levé, c'est uniquement pour ne pas retarder la cicatrisation de sa plaie coccygienne.

Au moment de l'incision de ces abcès, nous avons recueilli méthodiquement le pus, nous l'avons examiné sur lamelle et nous l'avons ensemencé sur divers milieux, bouillon, agar, gélatine. Nous avons constaté la présence, à l'état d'absolue pureté, du *streptococcus erysipelatis*, avec tous ses caractères de forme et de culture.

En résumé, le malade de Hanot a des antécédents alcooliques, son père et sa mère sont morts encore jeunes, il jouit d'une bonne santé, paraît-il, quand, tout à-coup, il éprouve de la céphalalgie, il est secoué de frissonnements, a des douleurs lombaires et abdominales, vomit, saigne du nez, a des sueurs nocturnes abondantes, délire, sa langue est blanche au centre, rouge sur les bords. Il ne présente ni tâches rosées, ni gargouillement dans la fosse iliaque droite. Il ne tousse et ne crache point. Il présente un peu de submatité en avant, sous la clavicule gauche, avec une inspiration rude et une expiration légèrement soufflante. Il n'a jamais eu d'hémoptysies.

Son cœur est normal, cependant son poulx bat 146 pulsations par minute. Sa rate et son foie paraissent normaux.

La température, qui était de 41°, le soir de son entrée, est, le lendemain matin, de 39°5 et, le soir du même jour, de 36°4; dès lors le type inverse persiste quatre jours. L'état général est mauvais, c'est un état ataxo-adyynamique. La prostration est considérable, la bouche sèche, la soif vive. Hanot nous dit que nous avons affaire à une grippe à forme typhoïde. Nous nous permettons respectueusement de faire des réserves sur ce diagnostic. Il est vrai que la grippe étant essentiellement protéiforme, l'auteur avait peut-être des raisons qu'il ne nous expose point pour formuler son opinion. Mais n'aurions-nous pas affaire à une forme de septicémie peut-être grippale?

Le diagnostic n'offre point le caractère de netteté que nous avons trouvé dans l'observation n° 1. Le 20 mai, des myalgies se manifestent dans les membres, le mauvais état général persiste avec tous les symptômes jusqu'au 1^{er} juin; alors la fièvre baisse un peu, pour reprendre bientôt, avec de grandes oscillations. L'épaule gauche est tuméfiée. Le 11 juin, un vaste abcès à fluctuation nette se présente dans les gaines du deltoïde et du grand pectoral; la région sus-claviculaire est rouge, luisante; ici aussi il y a du pus. L'incision le montre abondant, bien lié, homogène, jaune-verdâtre. Peu après la fesse est, elle-même, le siège d'un vaste abcès qui produit d'énormes décollements. On l'ouvre, on draine, la température baisse, l'appétit revient, l'état général s'améliore. Le malade est guéri en

juillet. Le pus recueilli contenait du *streptococcus erysipilatis* avec tous ses caractères.

Ainsi donc, nous nous croyons autorisé à dire que ce cas fut bien plus grave que les précédents. Il y a eu une période incertaine, qui ressemblait à de la septicémie, pendant laquelle les symptômes généraux étaient très alarmants; l'arrivée du pus semble avoir été un bienfait; il y a eu, en quelque sorte, *des abcès de fixation* dans l'articulation scapulo-humérale d'abord, puis dans les gaines des muscles voisins, deltoïde et grand pectoral. Enfin, points qui rattachent cette observation aux précédentes, deux abcès du tissu cellulaire se sont produits, l'un dans la région sus-claviculaire, l'autre à la fesse. Ces abcès contenaient tous un pus abondant, bien lié, homogène à *streptococcus erysipilatis*.

APPENDICE

OBSERVATION V

(M. RIGAL. — In *Lyon Médical* du 5 mai 1901).

GRIPPE COMPLIQUÉE D'ABCÈS DU CERVEAU A STREPTOCOQUES

Le nommé X..., du 157^e régiment d'infanterie, entrain à l'hôpital militaire Villemanzy, le 13 février 1901, avec le diagnostic de grippe. Soigné à l'infirmierie pendant cinq jours, il ne présenta jusqu'au moment de son admission à l'hôpital, en dehors

des signes vulgaires de la grippe : toux, faciès spécial, température oscillant de 37°5 à 39°, aucun symptôme dominant.

A son entrée à l'hôpital, il raconte, comme antécédents héréditaires, que ses père et mère sont bien portants. Comme antécédents personnels, nous avons appris qu'ajourné deux fois pour faiblesse de constitution, il est sujet à des maux de tête, qu'il est taciturne, peu communicatif avec ses camarades, mais qu'il a toujours fait son service et que, depuis son arrivée au régiment, il est malade pour la première fois. Il se plaint de maux de tête et d'une persistante insomnie, il tousse légèrement et présente, avec quelques râles disséminés dans la poitrine, un certain degré de congestion pulmonaire aux bases ; langue saburrale, constipation, pas de selles depuis trois jours ; température 38°5 ; un purgatif, eau de Sedlitz, sulfate de quinine, 0 gr. 60.

15 et 18 février. — Le malade parle peu, est somnolent. Il faut que l'infirmier insiste pour lui faire prendre ses médicaments, auxquels il ne songe nullement. Sulfate de quinine, café, injections de caféine.

20 février. — Vomissement alimentaire, d'odeur fétide ; le malade se plaint de céphalalgie plus intense, sans qu'il soit possible de préciser un point de localisation spécial ; persistance, sans aggravation marquée, des signes de congestion pulmonaire ; température 38°9. Glace sur la tête.

21 février. — Résolution musculaire générale, état semi-comateux, dilatation papillaire, respiration irrégulière, urines inconscientes, décès vers 11 heures du matin.

Autopsie le 23 février. — Le cadavre est celui d'un homme de constitution assez chétive, cependant sans détérioration organique marquée. A l'ouverture de la poitrine, les plèvres ne renferment pas de liquide, mais présentent quelques adhérences à droite. Les poumons paraissent sains en avant, celui du côté droit offrant un certain degré d'hyperhémie ; on constate, en arrière, à droite notamment, de la congestion. Au toucher, le poumon droit est moins crépitant que celui de gauche ; plongés dans l'eau, un morceau de l'un et de l'autre surnagent. Leur poids est de 1260 grammes.

Le péricarde, distendu par un léger épanchement citrin, est en très intime adhérence avec le diaphragme.

Le cœur, un peu hypertrophié, d'un poids de 340 gr., est graisseux au point de ne laisser voir que par places le muscle, cardiaque; pas de lésions aux valvules ni à l'aorte.

Le foie est assez fortement hyperhémie, résistant à la coupe, mais ne présente ni abcès, ni signes de dégénérescence; il pèse 2 kilogrammes.

L'intestin et les autres viscères abdominaux, rate, rein sont sains.

A l'ouverture du crâne, on n'aperçoit aucune particularité, pas d'hyperhémie; l'incision de la dure-mère laisse s'écouler une faible quantité de liquide citrin sans traces de suffusion purulente. Le lobe frontal gauche semble proéminent et présente, au toucher, un peu plus de consistance que le lobe frontal droit; une piqûre accidentelle de ce lobe gauche donne issue, sous une certaine pression, à un jet de pus crémeux et blanchâtre dont la quantité épanchée peut être évaluée à 30 gr. On ne voit aucune trace de pus dans les cavités encéphaliques qui avoisinent cet abcès central. Une coupe longitudinale de ce lobe, passant par le point où s'écoule le pus, découvre une collection purulente occupant la portion moyenne du lobe frontal gauche dans l'épaisseur et à la partie centrale de la couronne rayonnante. Le foyer, assez nettement circonscrit, sans diverticule, a une forme ovale et renferme une assez grande quantité d'un pus crémeux, blanchâtre, évalué à 50 grammes environ, ce qui fait un total d'environ 80 à 90 grammes avec le plus écoulé à la première ouverture. Cet abcès nous apparaît bien isolé, sans communication avec aucun autre et sans relation avec le pourtour de la cavité crânienne; la segmentation de la masse nous la montre indemne dans ses autres parties; les méninges rachidiennes nous semblent normales et le liquide céphalo-rachidien sans trouble apparent, sans aucune trace de suffusion purulente.

Les recherches histologiques, confirmant l'examen macroscopique, n'ont révélé aucune altération des organes; le tissu pulmonaire n'est le siège d'aucun foyer purulent ou de tuberculose et ne présente que de l'hyperhémie vasculaire, avec dépôt d'exsudats et de granulations pigmentacées dans les

alvéoles. Dans le cerveau, au pourtour de l'abcès, le tissu, qui paraît normal, est infiltré d'une grande quantité de globules blancs donnant l'aspect d'une infiltration de leucocytes dans la région enflammée; les vaisseaux du parenchyme ne sont pas altérés; on ne peut distinguer si les noyaux appartiennent à des globules blancs ou à des cellules névrogliques. Au pourtour de la cavité on observe un réseau de fibrine à mailles lâches dans lesquelles sont des granulations analogues à celles qu'on trouve dans le pus, ainsi que des débris de noyaux. C'est par cet amas de fibres dissociées, infiltrées de globules de pus, qu'est constituée la paroi limitante de l'abcès cérébral.

L'examen bactériologique du pus cérébral, fait par M. Niclot, a permis d'isoler le streptocoque à l'état de pureté, sans qu'il ait pu être constaté d'autres germes.

De cette observation il résulte que ce malade, à la suite d'une affection grippale en apparence bénigne, mais compliquée de phénomènes encéphalopathiques, a fait un abcès du cerveau à streptocoques. Les manifestations symptomatiques n'ont point permis d'en soupçonner l'évolution; le diagnostic n'a pu être fixé que par la nécropsie.

La cinquième observation, que nous empruntons au *Lyon Médical*, est du Dr Rigal, médecin principal chef de l'hôpital militaire Villemanzy. Elle nous présente un cas grave, puisqu'il s'est terminé par la mort d'un abcès à streptocoques, consécutif à la grippe et localisé au cerveau. Il fait donc partie des manifestations de la seconde catégorie, c'est-à-dire de ces infections redoutables que peut favoriser l'état grippal.

En résumé, nos observations, trop rares, hélas ! nous autorisent à considérer deux formes de streptococcie post-grippale avec abcès.

1^e Une première forme bénigne, l'état général reste bon, la guérison est de règle.

2^e Une seconde forme plus redoutable. Elle tend vers la pyohémie, l'infection, d'abord généralisée, semble hésiter entre la septicémie et la pyohémie, le pus se produit, il se localise même et nous avons l'abcès. Tantôt c'est la guérison qui arrive, tantôt, au contraire, l'issue en est fatale.

CHAPITRE III

Symptomatologie des abcès dans la grippe.

1^o SYMPTOMES GÉNÉRAUX DE LA GRIPPE

Le cas le plus ordinaire est celui d'un malade qui vient d'avoir la grippe. Il était, il y a quelques jours encore, en pleine santé, lorsque, brusquement, il prend de la fièvre, souvent même une forte fièvre, puisqu'elle atteint 39° et 40°. Il a du catarrhe des muqueuses nasale et bronchique. Il accuse une céphalalgie sus-orbitaire et frontale. Enfin il éprouve, dans tout le corps, une sensation de brisure générale comme si on l'avait roué de coups. C'est bien là l'ensemble des symptômes grippaux, avec ce faciès particulier, traits tirés, teint terreux, qui

avait été désigné par Sauvage, de Montpellier, sous le nom de faciès grippal, sans doute par analogie avec le faciès classique des typhiques ou bien encore, des cholériques.

2° SYMPTOMES GÉNÉRAUX DE L'ABCÈS

Ces symptômes grippaux se modifient quelque peu, suivant la forme clinique à laquelle on a affaire; ils persistent deux ou trois jours, quelquefois davantage, puis la maladie cesse; on croirait que la guérison est proche, quand de vagues douleurs, d'abord légères, puis plus fortes, prennent naissance dans les divers segments des membres. Les malades éprouvent de la gêne dans leurs mouvements qui deviennent de jour en jour plus difficiles.

Quelquefois c'est dans les articulations que siège la douleur et, si, dans les antécédents, on a trouvé des poussées antérieures de rhumatisme, on est naturellement porté à croire que, sous l'influence du poison grippal, une nouvelle attaque commence.

L'erreur est excusable en présence du gonflement, de l'inflammation, de la douleur.

La fièvre, qui avait presque disparu, alors que la grippe semblait éteinte, reprend de nouveau. Vite le thermomètre atteint de nouveau 38°6 et 39°5. La langue devient sale, elle est blanchâtre au centre, rouge sur les bords; l'état général s'altère, le malade a de l'insomnie, quelquefois même du délire. Que se passe-t-il? Est-on en présence d'une infection nou-

velle? Quelle en est la cause? Où siège-t-elle? Jusqu'à maintenant, en effet, nous n'avons observé que des symptômes généraux dont l'ensemble forme le syndrome infectieux, mais, bientôt, il se fait des localisations; nous avons échappé à la septicémie dans laquelle manque le pus, où l'intoxication généralisée accomplit rapidement son œuvre.

SYMPTOMES LOCAUX DES ABCÈS

Le pus se forme, il se collecte même; à certains endroit son perçoit du gonflement, c'est là, aussi, que siègent spécialement les douleurs du début. On les exaspère, d'ailleurs, en faisant des pressions dans ces endroits-là.

L'observateur ne tarde pas à percevoir les signes habituels des abcès. S'ils sont superficiels, la fluctuation est aisément perceptible; la peau rougit, elle est soulevée par la collection; s'ils sont plus profonds, un léger œdème se manifeste dans la région; œdème particulier qui garde l'empreinte du doigt, sans qu'on ait observé, du côté du rein, des troubles qui puissent l'expliquer.

On peut, sans hésitation, dire qu'une collection purulente s'est formée aux dépens du tissu cellulaire de la région. Ordinairement, cet abcès n'est pas seul; d'autres régions nous offrent les mêmes signes, soit en même temps, soit successivement; dans tous ces points on trouve du pus. La myalgie est considérable; les abcès ont l'évolution ordinaire

des abcès. Ou bien l'intervention chirurgicale tarde à se produire, alors il se fait, au voisinage, des dégâts considérables; les douleurs sont très fortes, le pus chemine, en décollant plus ou moins les muscles, vers les régions les plus déclives et les moins résistantes. La peau s'ulcère, une fistule se fait qui laisse échapper un pus de bonne nature, louable.

Ou bien, si l'abcès est trop profond, le pus chemine en produisant d'énormes dégâts.

Ordinairement le chirurgien intervient; il ouvre la collection purulente et donne issue à du pus louable plus ou moins mélangé de sang.

Rârement, nous assistons à la résorption spontanée de ces collections.

Une fois l'abcès en communication avec l'extérieur, il peut se faire des infections secondaires; mais si, comme c'est la règle, on pratique des pansements antiseptiques, l'abcès se vide sans complication, sans rougeur, ni bourrelet autour de l'incision pouvant faire craindre le développement d'un érysipèle. La suppuration continue un certain temps, puis tout s'amende, la cicatrisation se fait, le malade est guéri.

En somme, le pronostic est favorable. Il est un peu plus grave dans la seconde forme où la maladie revêt, au début, les allures d'une septicémie généralisée. L'état général est plus mauvais. On observe, comme dans le cas de Hanot, un pseudo-rhumatisme infectieux; les articulations sont prises et les gaines musculaires voisines se prennent à leur tour. Il se fait d'énormes abcès. La fièvre est consi-

dérable, parfois elle affecte le type inverse, c'est-à-dire qu'elle est plus élevée le matin. Les sueurs sont abondantes ; il peut y avoir de la diarrhée. La langue est sale. Le pouls est rapide. Le cœur peut être atteint ; dans notre observation, il est indemne.

Après quelques jours de lutte entre l'organisme et le microbe, il se fait de vastes collections purulentes ; c'est alors que l'intervention du chirurgien est bienfaisante. La fièvre diminue, les douleurs s'apaisent, le sommeil revient, l'état général s'améliore. La guérison ne tarderait point si de nouvelles collections ne prenaient naissance.

Quand elles se produisent, on observe les signes déjà décrits ; elles évoluent de même et n'exigent pas d'autre traitement que les premières.

En somme, on peut dire que le pronostic, bien que plus sombre, est encore favorable.

Si l'abcès, au lieu de se collecter dans une région accessible aux investigations, se fait au cerveau, par exemple, tout autre est le pronostic. Après une période, assez courte, où l'on observe de la céphalée persistante et rebelle à tout traitement interne, avec de la fièvre et un état général mauvais, la mort arrive si le chirurgien n'est pas intervenu. Disons, en passant, que l'examen du fond de l'œil peut permettre de déceler ces abcès.

Cette forme s'écarte un peu, évidemment, de notre sujet par sa gravité et par son siège, mais, comme le streptocoque s'y rencontre, nous avons voulu la décrire quand même.

CHAPITRE IV

Pathogenie des abcès post-grippaux à streptocoques.

Comment peut se faire l'inoculation ? Dans notre cas nous ne rencontrons aucun traumatisme apparent. Nos malades n'accusent aucune lésion, ils ont eu simplement la grippe. Et, cependant, nous voyons survenir, dans diverses régions du corps, souvent très éloignées, des colonies microbiennes qui font du pus : dès lors l'abcès s'est constitué.

N'est-ce pas ici le cas d'invoquer le microbisme latent dont parlait Claude Bernard, quand il disait : « Beaucoup de microbes vivent sur nos surfaces et dans nos cavités, continuant à faire partie du monde

extérieur; ils n'attendent qu'une occasion favorable pour entrer en conflit avec nos cellules. »

En effet, on a constamment retrouvé, dans l'analyse de nos liquides cavitaires, tel que le mucus nasal et les sécrétions buccales et pharyngiennes, divers microbes, comme pneumocoques et streptocoques, hôtes inoffensifs à l'état normal, mais qu'une modification subite, soit dans la résistance de l'organisme, soit dans le pouvoir bactéricide des humeurs, réveille en quelque sorte. Aussitôt, ils acquièrent une virulence nouvelle et la lutte commence.

Aussi, nous nous expliquons qu'il n'y ait pas de maladie microbienne qui ne soit susceptible de se compliquer d'infections secondaires. Peut-être que l'imprégnation des tissus par les matières solubles qu'a engendrées la maladie première joue un rôle direct dans la propagation de l'infection secondaire. Dans notre cas particulier, c'est sans doute le bacille grippal qui est en cause; nos malades n'ont pas d'autres antécédents immédiats que la grippe.

Nous admettons donc que la grippe peut créer, chez ceux qu'elle atteint, un état particulier, favorable à la réceptivité et au développement des streptocoques. Ces derniers s'y rencontrent, d'ailleurs, si souvent, qu'on avait pensé un moment que le streptocoque était le microbe grippal. On a fait la même hypothèse pour la scarlatine, où il est plus fréquent encore.

Une fois la virulence du streptocoque réveillée, que se passe-t-il ? La grippe a congestionné les muqueuses, surtout celles de l'arbre aérien. Sans

prétendre, avec Pettenkofer, que le poumon peut absorber les germes pathogènes, bien que Büchner ait montré que la muqueuse pulmonaire n'est pas imperméable, il y a la muqueuse de l'arrière gorge et aussi les amygdales qui peuvent servir de porte d'entrée aux microbes. Ceux-ci sont pris par les lymphatiques, et ils vont ainsi cheminant plus ou moins vite ; une fois dans la circulation générale, ils peuvent rayonner partout, faire de la septicémie, si les localisations ne se font pas et si leur virulence considérable ne trouve pas dans l'organisme une résistance suffisante. Ou bien, s'il y a lutte, il se forme des points d'arrêt, sortes de champs de bataille, où les puissances phagocytaires entrent en jeu. Un abcès se collecte. C'est surtout dans le tissu cellulaire qu'est le siège d'élection ; sa constitution, son étendue, sa richesse en lymphatiques le rendent plus accessible que les autres, et aussi plus favorable au développement des abcès : tel est notre cas. La localisation peut se faire partout ailleurs, c'est ainsi que nous avons exposé, dans l'historique, des complications streptococciques post-grippales, la fréquence des pseudo-méningites, des otites, des parotidites, des pleurésies purulentes, des artérites, des *phlegmasia alba dolens*, etc., etc.

Diagnostic.

Pour être complet, le diagnostic doit ici porter sur l'état grippal antérieur, sur l'abcès en tant que col-

lection purulente et enfin, sur la nature streptococcique.

A. — DIAGNOSTIC DE LA GRIPPE.

Disons tout de suite que, dans notre cas, ce diagnostic rétrospectif n'est pas toujours facile et peut fréquemment fournir matière à discussion. Il est rare, en effet, que les observations nous rapportent des cas bien typiques où tous les signes, voire même le contage soient réunis, comme dans l'intéressante observation de la malade de M. Jossierand, qu'on fit ensuite passer dans le service de M. le professeur Vallas. Et, d'ailleurs, la grippe, au début, ressemble à toutes les pyrexies; suivant que nous avons affaire à telle ou telle forme, on doit éliminer la bronchite simple, la pneumonie, la broncho-pneumonie, l'embarras gastrique, la fièvre typhoïde, la méningite, etc., etc. Il y a même des cas, comme dans notre quatrième observation, où la grippe ressemble fortement au début d'une septicémie. La ressemblance est si grande que nous n'avons pas hésité à faire des réserves pour le diagnostic. On signale même, dans la grippe, des érythèmes qui pourraient lui donner l'apparence de certaines fièvres éruptives.

En un mot, les caractères essentiellement protéiformes de la grippe, l'insuffisance des observations nous rendent souvent très difficile un diagnostic rétrospectif, quand on ne nous signale pas à cette

époque une épidémie grippale. Il n'en est point de même du diagnostic de l'abcès.

B. — DIAGNOSTIC DE L'ABCÈS.

L'abcès s'offre à nous avec tous les caractères des abcès chauds : douleur, tumeur, chaleur et rougeur de la peau sus-jacente, qui ne nous permettent point de l'ignorer. Tout au plus pourrions-nous, quand il siège au voisinage d'une articulation, comme dans l'observation d'Hanot, le confondre avec un pseudo-rhumatisme. La fièvre est, parfois, assez élevée et la myalgie intense, la fluctuation que l'on perçoit facilement dans les abcès superficiels ne laisse aucun doute au diagnostic. Les symptômes généraux ne nous renseignent point aussi exactement. Ils nous font simplement entrevoir une infection de gravité légère ou moyenne, car l'état général ne s'altère point.

C. — DIAGNOSTIC DE LA STREPTOCOCCIE.

Y a-t-il des signes cliniques qui nous permettent d'affirmer d'avance qu'à l'ouverture de ces abcès nous trouverons dans le pus analysé du streptocoque? Nous ne le pensons pas et, d'ailleurs, quoi de plus variable que l'action du streptocoque? Petter n'a-t-il pas dit, dans sa langue imagée, que c'était le microbe à tout faire? Il peut, en effet, occasionner toutes les

formes de la suppuration. Il peut déterminer la tourniole, le panaris, voire même des abcès à marche froide et rapide. Les symptômes généraux nous font préjuger de la virulence du microbe, mais ne nous renseignent point sur sa nature. En effet, la qualité pyogène est beaucoup moins l'effet d'une propriété spécifique que le résultat d'un état particulier. Elle est commandée non seulement par la nature du germe, mais par la disposition organique. Si, donc, les caractères cliniques nous manquent nous nous adresserons aux caractères bactériologiques du streptocoque pyogène.

On recueillera du pus aseptiquement, sur lequel on procédera de la façon suivante :

1° Un examen microscopique direct, par les méthodes ordinaires de coloration, montre des chaînettes caractéristiques restant colorées par la méthode de Gram.

2° On cultive en bouillon et on examine les cultures obtenues. A l'œil nu d'abord, au microscope ensuite. Cette culture pure donne des cocci groupés en chaînettes, prenant le Gram. On doit faire aussi des cultures sur agar et d'autres sur gélatine, d'autres enfin en sérum de lapin, ainsi que Bezançon et Griffon ont l'habitude de pratiquer.

L'inoculation des cultures en bouillon se pratique dans la veine de l'oreille d'un lapin, elle donne, suivant sa virulence, ou bien de la septicémie, ou bien des abcès. On doit retrouver dans le sang le microbe en question.

On peut donc dire qu'on a affaire à des streptocoques pyogènes lorsqu'on a fait toutes ces recherches. Nous n'avons pas à insister ici sur les caractères des cultures, soit dans les milieux que nous indiquons, soit dans les milieux spéciaux (sérum de lapin, Bezançon et Griffon), ni sur les caractères pathogènes que doit présenter le microbe pour être streptocoque. Nous renvoyons aux traités spéciaux; c'est une question de laboratoire que nous n'avons pas voulu développer ici.

Pronostic.

Quel sera le pronostic? Dans le cas que M. le professeur Vallas nous a proposé, le pronostic est très favorable. Nous avons, en effet, devant nous, une streptococcie bénigne; la maladie est longue, mais sans danger. Nous n'avons aucune crainte et nous sommes persuadé que la guérison est proche.

Il en fut de même pour le malade de la seconde observation. Celui de la troisième fut plus gravement atteint, mais il résista bien à l'infection. Enfin, il nous reste à parler du pronostic des formes moyennes. Ici encore, dans l'observation que nous empruntons à Hanot, nous avons eu une issue favorable, les membres ont recouvré leur fonctionnement.

On peut donc dire que, s'il ne se fait aucune complication, si les abcès sont traités suivant les règles de l'antisepsie, la guérison est la règle de ces streptococcies.

Traitement des abcès post-grippaux à streptocoques.

Et, d'abord, comment prévenir ces abcès ? Quelles mesures prophylactiques conseillerons-nous ? Si nous avons à traiter un convalescent de grippe, nous ordonnerons de faire, dans la mesure du possible, l'antisepsie des voies respiratoires, mais nous veillerons surtout à le fortifier par une alimentation de choix, nutritive sous un petit volume et facilement absorbable ; nous lui conseillerons un repos assez prolongé avant la reprise de ses occupations habituelles, dans un milieu bien aéré, présentant les qualités hygiéniques voulues.

Nous lui ferons prendre quelques toniques, tels que du vin de Quinquina, de l'huile de foie de morue, etc., etc.

Si, malgré tout, l'abcès a pris naissance, nous l'ouvrirons, nous le drainerons et nous appliquerons un pansement antiseptique sec qu'il faudra renouveler jusqu'à guérison définitive.

Nous n'aurons garde de négliger le traitement général médical, qui aura pour but de tonifier le malade et de parer aux diverses petites complications qui ne manquent jamais de se présenter dans le cours d'une maladie un peu longue.

CONCLUSIONS

1° La grippe peut s'accompagner de suppurations secondaires multiples.

2° Celles-ci peuvent être causées uniquement par le streptocoque.

3° Ces suppurations peuvent se localiser au tissu cellulaire; cette forme, assez rare, comporte ordinairement un pronostic bénin. Nous avons envisagé deux cas : l'un de gravité légère, l'autre de gravité moyenne.

4° La pathogénie de ces abcès multiples cutanés paraît tenir aux causes suivantes :

a). Une infection par les muqueuses (respiratoires ou autres), survenue pendant ou après la grippe et diffusée par voie sanguine. Il est bien peu

probable que la porte d'entrée du microbe soit la surface cutanée, en raison du grand nombre des abcès qui ne correspondent pas à des ulcérations des téguments.

b). Une débilitation générale de l'organisme due à la grippe causale.

5° Le traitement comprendra, au point de vue prophylactique :

a). L'antisepsie des voies respiratoires.

b). Les divers moyens de fortifier les convalescents après la grippe.

Au point de vue curatif:

a). Le traitement chirurgical des abcès.

b.) Le traitement général médical.

Vu :

Le Président de la Thèse,

J. COURMONT.

Vu :

P. le Doyen, l'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 19 juin 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ANNEQUIN. — Arthrite coxo-fémorale suppurée d'origine grip-pale (*Dauphiné Médical*, 1^{er} décembre 1893).
- BONNELIÈRE. — Grippe à déterminations multiples (Thèse de Paris, 1894).
- BARDLER. — Pyohémie suite de grippe (*Medical News*, 19 décembre 1891).
- BRISTOWE. — Grippe, abcès du cerveau (*British Medical Journal*, 4 juillet 1891).
- J. COURMONT. — Précis de Bactériologie, p. 429.
- DEBOVE et ACHARD. — Manuel de Médecine (T. I. *Infections à streptocoques*).
- HANOT. — Infection par le streptocoque au cours de la grippe (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 21 juillet 1893).
- LELOIR. — Pyodermites para-influenziques (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1895, 2 avril).
- NETTER. — Traité de Médecine (Art. *Pleurésie purulente*).
- PETIT. — De l'infection par le streptocoque au cours et au déclin de la grippe (Thèse de Paris, 1894).
- PERRIN. — Abcès péri-néphrétique consécutif à la grippe (*Rev. Méd. de la Suisse romande*, XV., p. 295).
- WIDAL. — Traité de Méd. Brouardel (T. I. art. *Streptococcie*).
- R. WURTZ. — Précis de Bactériologie clinique (p. 68).

